CONCOURS D'AGRÉGATION. — JANVIER 1892

TITRES

ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur CHARMEIL

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE LYON

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2.

—

1892

I. — TITRES

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

(1883-1887).

DOCTEUR EN MÉDECINE (1887)

(Mention honorable de la Faculté de Médecine de Lyon).

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON (1889-1891).

ENSEIGNEMENT

Conférences de Séméiologie faites pendant mon clinicat (1889-1891).

I

Traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique par la méthode de Moore. Thèse de Lyon. 1887. (Mention honorable de la Faculté de médecine.)

II

Traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique par la méthode de Moore. (*Revue de médecine* (1), 1887.)

La méthode de Moore, du nom du chirurgien anglais qui l'a préconisée en 1864, consiste dans l'introduction et l'abandon, dans l'intérieur du sac anévrysmal aortique, d'un fil métallique destiné à servir, en quelque sorte, de substratum à la formation des caillots qui amèneront l'obturation du sac anévrysmal.

Dans notre travail, inspiré par notre maître, M. le professeur Lépine, nous avons fait une étude critique de ce nouveau mode de traitement, d'après douze observations publiées à l'étranger et trois observations inédites, recueillies dans le service de M. Lépine.

Nous avons tour à tour étudié l'historique de la question; relaté les observations ; discuté celles-ci ; enfin, essayé d'établir les indications et le mode opératoire de la méthode.

Nous ne voulons pas résumer ces quatre chapitres. Nous

(1) Notre mémoire de la *Revue de médecine* n'est pas la simple et pure reproduction de notre thèse inaugurale. Indépendamment de beaucoup de modifications de détail, le mémoire renferme le complément de notre observation la plus intéressante et la relation de l'autopsie du malade.

nous contenterons d'insister sur nos faits personnels et sur les conclusions que nous pouvions en tirer.

La légitimité de la recherche d'une nouvelle méthode découlait de l'insuffisance, malheureusement trop fréquente, du traitement médical, en particulier du régime de Tüffnell : diète restreinte, repos au lit, iodure de potassium. Nos malades avaient du reste été soumis à ce traitement avant qu'on se décidât à une intervention plus directe.

D'autre part, nous montrions l'électro-puncture, accueillie tout d'abord avec empressement, perdre rapidement de sa faveur, cette défaveur paraissant justifiée par la brièveté des améliorations obtenues, et souvent même par un insuccès complet ; c'est ainsi que nous finissions l'examen critique de cette méthode en signalant les huit observations de Poore, qui, ayant traité huit anévrysmes par l'électro-puncture, accuse huit insuccès.

Quels accidents pouvait-on redouter en ayant recours à la méthode de Moore ?

L'hémorragie par la canule pendant l'opération. — La syncope. — L'embolie. — La rupture du sac, consécutive à l'action du corps étranger sur la paroi, au moment de l'introduction.

Or, l'examen des observations témoigne qu'aucun de ces accidents ne s'est produit au cours de l'intervention.

Quant aux accidents septico-pyohémiques, c'est par une antisepsie rigoureuse qu'on en écartera les dangers.

La méthode a-t-elle été capable de produire, dans certains cas, au moins d'une manière partielle, le résultat cherché?

L'examen des pièces a démontré que, le plus souvent, le résultat cherché avait été en partie atteint.

Pour nous en tenir à ce que nous avons observé personnellement, contentons-nous de relater une partie de l'autopsie de notre second malade :

Au centre même de la poche, existait une masse de cail-

lots, de la dimension d'un œuf de dinde, caillots entourant de toutes parts les deux ressorts introduits : ces caillots fibrineux, blanchâtres, adhéraient aux deux spires introduites; ils s'étaient si bien formés autour du ressort, qu'ils environnaient chaque tour de spire comme d'un manchon de fibrine. Les deux ressorts étaient côte à côte, dans deux plans parallèles; les manchons fibrineux étaient plus épais autour du premier ressort introduit. Ces caillots, feuilletés, résistants, avaient tous les caractères de véritables caillots actifs.

La paroi postérieure du sac anévrysmal n'était constituée que par une couche d'une minceur extrême : elle n'avait pas un demi-millimètre d'épaisseur, et n'offrait presque aucune résistance à l'arrachement avec une pince.

L'examen semblait prouver d'une façon indiscutable qu'une rupture était imminente à ce niveau, et que c'était à la présence des caillots formés autour des corps étrangers que le malade avait dû une survie de trois semaines à partir du moment où avait été pratiquée la première intervention.

Si on se décide à intervenir, quel est le mode opératoire auquel on aura recours? L'opération devra comprendre deux temps.

Le premier consistera dans l'exploration de l'anévrysme avec de longues aiguilles à acupuncture, qui, dans nos deux cas personnels, s'est montrée tout à fait inoffensive, et qui renseignera sur la route à faire suivre à la canule.

Le second consistera dans l'introduction du corps étranger : de la discussion à laquelle nous nous sommes livré, il résulte que le plus propice au but que l'on veut atteindre est un ressort de montre qui sera mis en place, au moyen d'une canule plate construite à cet effet.

Une condition nécessaire pour l'emploi de la méthode, c'est qu'on ait affaire à un anévrysme sacciforme faisant saillie à l'extérieur.

Nous terminions notre exposé en signalant que, sur les quinze opérations que nous avions relatées, on n'avait observé que des améliorations éphémères.

Nous insistions sur ce point que ces insuccès étaient peut-être dus à ce qu'on s'était adressé à des cas absolument désespérés, chez des individus que la cachexie anévrysmale, le volume de la tumeur extérieure, son accroissement rapide vouaient à une mort certaine.

Aussi demandions-nous, avant qu'on prononçât un verdict définitif sur la méthode, de nouvelles observations.

Ces observations ont été apportées depuis.

Elles n'ont pas été favorables. M. le professeur Verneuil s'est montré, dans une discussion à l'Académie de médecine, l'adversaire absolu de l'emploi de ce mode de traitement, et il est peu probable que, désormais, on ait de nouveau recours à la méthode de Moore dans le traitement de l'anévrysme aortique.

III

La gangrène pulmonaire. — Sa spécificité. — Sa contagion. (En collaboration avec M. le docteur Bard.) — *Lyon médical*, 1886. Mémoire de 30 pages.

Au commencement de mai 1885, entrait à l'hôpital Saint-Pothin une femme atteinte de phtisie compliquée de grangrène pulmonaire. Arrivée le 9 mai dans le service, elle y succombait le 16 mai.

Deux jours après sa mort, le 18 mai, deux autres malades de la même salle présentaient à leur tour les premiers signes appréciables d'une grangrène pulmonaire diffuse, et toutes deux étaient victimes de cette redoutable affection : elles mouraient à cinq jours d'intervalle, les 23 et 28 mai 1885.

La simple lecture de nos trois observations nous semble suffire à écarter toute idée de coïncidence pure et simple, réunissant à un moment donné trois cas de gangrène pul-

monaire dans un même service ; et il nous paraît impossible de ne pas admettre une relation de causalité bien établie entre notre premier cas et les deux suivants.

Cette notion d'une gangrène pulmonaire épidémique n'est pas admise par les pathologistes. Nous avons fait à ce sujet de nombreuses recherches bibliographiques et nous n'avons rien trouvé de vraiment comparable à ce que nous avons observé.

La gangrène pulmonaire est loin d'être une affection rare; on la rencontre souvent, et il est certain que ses allures sont trop spéciales pour qu'on ait pu méconnaître jusqu'ici sa contagiosité, si on avait été à même de l'observer; il en résulte que cette contagiosité est exceptionnelle.

Mais, si exceptionnelle qu'elle soit, nos observations sont là pour démontrer d'une façon précise qu'elle est possible.

Cette possibilité de la transmission de la gangrène pulmonaire, c'est-à-dire d'une affection qui, dans la forme où nous l'avons observée, ne pardonne pas, doit, au point de vue hygiénique, amener à des considérations prophylactiques du plus haut intérêt. Aussitôt qu'une grangrène pulmonaire entrera dans un service, isolement complet et absolu qui empêchera la contagion.

La contagiosité de la gangrène pulmonaire une fois admise, est-il possible qu'elle s'exerce sur des organes sains ?

Nous sommes porté à croire qu'il est nécessaire, pour que la contagion se fasse, qu'il y ait au préalable une affection des voies respiratoires, servant de porte d'entrée au germe infectieux.

En effet, les deux malades contagionnées étaient préalablement atteintes de catarrhe chronique des bronches, et c'est seulement par le fait de cette affection préétablie qu'on peut expliquer leur réceptivité toute particulière, puisque seules elles ont été atteintes, alors que rien, en dehors de leur affection, ni la proximité de l'agent contagieux (les malades contagionnées étaient séparées de la malade qui leur a apporté la maladie par un intervalle de plusieurs lits, occupés par des

femmes restées indemnes), ni une faiblesse ou une cachexie trop accusées, ne semblait les destiner à être frappées plutôt que toutes autres malades.

Au point de vue symptomatique l'affection a été caractérisée au début par une adynamie notable et l'odeur gangréneuse de l'haleine : cette adynamie s'est rapidement accompagnée d'une aphonie qui est allée s'accusant progressivement avec la faiblesse des malades. Pendant toute la durée de l'affection, les malades déclarent ne souffrir d'aucune manière. L'adynamie s'accentue en même temps que l'expectoration paraît, et évolue avec les caractères que nous venons d'indiquer : les malades finissent par succomber doucement, sans agonie, à une dyspnée sans paroxysme. Notons enfin la conservation parfaite, jusqu'à la mort, des facultés intellectuelles.

La similitude presque absolue des symptômes chez les deux malades contagionnées est un argument puissant en faveur de la spécificité de l'affection qui les a frappées.

Nous retrouvons la même similitude dans la relation des autopsies :

Dans nos trois cas, nous avons eu affaire à la forme décrite par Laënnec sous le nom de grangrène diffuse du poumon, et il est frappant de constater combien la description donnée dans le traité d'auscultation correspond de point en point aux lésions qu'il nous a été donné d'examiner : on y retrouve la friabilité du tissu pulmonaire, l'écoulement de liquide sanieux et fétide à la coupe, la coloration du parenchyme, la présence de points ramollis et tombant en deliquium putrique.

Il nous paraît difficile d'admettre qu'une affection aussi caractéristique au point de vue anatomo-pathologique et clinique que l'est l'affection qui nous occupe ne reconnaisse pas toujours la même cause, cause spécifique, à rapprocher sans doute des autres agents infectieux du même ordre. Aussi, pour élucider ce problème, nous étions-nous livré dans un cas à deux expériences.

Nous avons fait, avec de la sérosité prise au niveau des parties sphacélées du poumon de notre troisième malade, deux injections à deux cobayes. L'une a été faite dans le parenchyme pulmonaire : ce premier cobaye a succombé au bout de trente-six heures environ. Au point du poumon où on avait injecté le liquide, existait une zone de couleur verdâtre, de consistance molle, d'aspect gangréneux particulier, mais rappelant absolument par son odeur caractéristique la gangrène du poumon de nos malades.

Chez le second cobaye, l'injection a été faite dans le tissu cellulaire sous-cutané : pas de phénomènes autres qu'une nodosité passagère au niveau de l'injection; pas d'abcès, pas de phénomènes scepticémiques ou gangréneux.

Ces deux expériences nous paraissent insuffisantes pour que nous en tirions des conséquences absolues; mais nous ne doutons pas qu'une fois l'attention appelée sur ce point de pathologie, des recherches ultérieures, tant cliniques qu'expérimentales, ne viennent apporter une confirmation à cette manière de voir, que l'on doit considérer la gangrène pulmonaire comme une entité pathologique spéciale, comme une véritable infection microbienne spécifique.

IV

Rétrécissement mitral. — Caillots ramollis de l'oreillette gauche ayant déterminé des embolies qui se sont manifestées seulement par de grands accès fébriles et par de la dyspnée. (*Revue de médecine*, 1887.)

Homme de 36 ans, ayant fait, dans le service du professeur Lépine, deux séjours antérieurs pour un rhumatisme articulaire aigu. Pas d'autres antécédents morbides. — Du côté du cœur, on notait alors des battements sourds, irréguliers, sans frémissement ni souffle, mais présentant un dédoublement très net du deuxième bruit. — Dyspnée assez intense; examen négatif de l'appareil respiratoire.

Sorti, les deux fois, très amélioré.

Le 5 juillet 1887, le malade rentre dans le service dans un état de dyspnée extraordinaire. — Teint livide, lèvres cyanosées. — Frissons très intenses. — Malaise indéfinissable sans angoisse précordiale.

A l'examen, accélération des mouvements respiratoires = 44 — et des battements du cœur = 160. — Amélioration rapide sous l'influence d'injections de morphine et d'éther.

Les jours suivants, accès de même nature, mais moins intenses, s'accompagnant d'une élévation de température allant jusqu'à 40°,5. — Signes stéthoscopiques semblables à ceux des séjours précédents : pas de frémissement ; quelques irrégularités cardiaques ; pas de souffle ; dédoublement du second bruit. — Pas de signes morbides du côté des poumons. — Un peu d'oppression. — Les accès résistent à l'emploi de l'acétanilide à haute dose et de la quinine. — La rate, non augmentée de volume, éloignait, du reste, la pensée d'accès pernicieux à forme insolite.

Le 24 juillet, accès d'une violence extrême ; la température monte à 41°. La dyspnée s'accuse davantage et le malade succombe.

Autopsie. — Congestion intense des deux poumons ; à la coupe, il s'écoule une quantité abondante de sang noirâtre. — Aux bases, quelques noyaux d'infarctus pulmonaire. — La cause immédiate de la mort paraît être l'arrêt de la circulation pulmonaire.

Du côté du cœur, l'oreillette gauche est remplie par un caillot ancien, feuilleté, ramolli au centre, qui la comble presque complètement : l'orifice des veines pulmonaires est en partie oblitéré.

En détachant le caillot de l'endocarde auriculaire, on constate, sur la paroi postérieure, des lésions très nettes d'endocardite ancienne.

Rétrécissement mitral admettant à peine l'extrémité du petit doigt. — Pas d'insuffisance. — Hypertrophie cardiaque considérable. — Hypertrophie très notable de l'oreillette droite.

Foie et rein cardiaques. Rate dure et scléreuse.

Du côté du cerveau, ramollissement récent, très limité, du corps strié droit.

Cette observation témoigne de la difficulté du diagnostic, dans certains cas, du rétrécissement mitral. Seul, le dédoublement du deuxième bruit pouvait le faire soupçonner.

La dilatation de l'oreillette et la présence d'un énorme caillot à son intérieur n'avaient donné lieu à aucun symptôme physique appréciable.

Les accès fébriles reconnaissaient vraisemblablement pour cause des embolies capillaires provenant du caillot de l'oreillette : la réalité de ces embolies est confirmée par l'existence du ramollissement cérébral constaté à l'autopsie. Les accès de dyspnée peuvent peut-être être mis sur le compte d'embolies bulbaires.

V

Thrombose des sinus de la dure-mère chez une chlorotique. (In thèse de Proby (1), Lyon, 1889.)

Marie C..., âgée de 24 ans, entre le 11 septembre 1888 à l'Hôtel-Dieu.

Pas d'antécédents héréditaires dignes d'être notés.

Comme antécédents morbides personnels, on ne note que la chorée à l'âge de 15 ans.

Depuis deux à trois ans, anémie compatible avec l'exercice de sa pénible profession.

(1) Nous avons recueilli cette observation pendant une suppléance de médecin de l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Faivre; et nous avons engagé le docteur Proby à la prendre pour point de départ de sa thèse inaugurale.

Depuis un mois, l'état anémique s'est accusé.

Il y a huit jours, la malade a fait une longue course au soleil. Dès le soir, céphalalgie intense, accompagnée d'anorexie et d'insomnie qui ont persisté depuis, et qui lui font réclamer son admission à l'hôpital.

A l'examen, fille vigoureuse présentant une décoloration très intense des téguments et des muqueuses. — Pâleur verdâtre. — Facies chlorotique. — Embonpoint conservé. Le sang qui s'écoule d'une piqûre faite au doigt ne laisse sur le linge qu'une teinte saumonée pâle.

La malade est dans le decubitus dorsal, fortement abattue; elle répond convenablement aux questions qu'on lui pose.

Elle se plaint d'une céphalalgie intense et continue, s'accompagnant d'une photophobie très accusée.

Ses pupilles sont normales, réagissent bien à la lumière.

Du côté du cœur, souffle systolique doux à maximum au foyer de l'artère pulmonaire. — Souffles cervical et céphalique intenses.

Pouls régulier.

Rien à noter du côté du poumon et des autres organes.

Pas de paralysie des membres ni de contracture. — Sensibilité de la face et des membres inférieurs fortement diminuée. — Abolition du réflexe pharyngien.

Acuité auditive normale. — Rien du côté des oreilles.

Pas d'albumine dans les urines. — Température normale.

Le 14 septembre, la malade paraît se trouver mieux. — Elle est soumise au traitement martial depuis son entrée.

Le 15 septembre. La malade est plus abattue ce matin. — Dans l'après-midi, brusquement, elle est prise de crises convulsives portant spécialement sur le tronc, la face et les membres supérieurs, survenant tous les quarts d'heure et durant 4 à 5 minutes.

La température = 38,3. — Les pupilles sont normales. Hyperesthésie généralisée des téguments. — Pas de vomis-

sements. — Pas de paralysie. — Pas d'albumine dans les urines.

Le 16 septembre. L'état de crise s'est maintenu jusqu'à 10 heures du soir, la veille. A ce moment s'est établi le coma, entrecoupé de cris déchirants.

Mort à 1 heure du soir.

Autopsie. — Rien à noter du côté des viscères, sauf une décoloration très accusée des organes, due à l'anémie. — Pas de caillots dans le cœur. — Pas trace de tuberculose dans les poumons.

Du côté du cerveau, thrombose du sinus longitudinal supérieur, du sinus latéral droit, des veines de Gallien, des veines de la convexité tributaires des troncs thrombosés. — Deux énormes ramollissements symétriques ayant réduit en bouillie la majeure partie de la superficie des lobes moyens et postérieurs. — Deux ramollissements symétriques dans les couches optiques. — Pas trace de méningite. — L'examen le plus minutieux ne permet de reconnaître aucun tubercule.

Cette observation est la première, publiée en France, de cette redoutable complication de la chlorose. Cette localisation de la thrombose veineuse des chlorotiques est tout à fait exceptionnelle. Dans nos recherches bibliographiques, nous n'en avons pu retrouver que cinq, dont quatre prêtent largement le flanc à la critique. Seule, une observation du docteur Tückwell peut être mise, sans conteste, à côté de la nôtre, dont nous venons de donner un résumé.

Paris. Imp. de Ch. Noblet, 13, rue Cujas. — 1892.